Le mode d'emploi du médecin

Je parcours une délicieuse brochure intitulée *Mon médecin et moi* (Pharma Information, 1965) que nous a aimablement fait parvenir la veuve du Dr Roger Mayer. Cet opuscule est présenté comme une sorte de «mode d'emploi du médecin (...) qu'on ne trouve dans aucun emballage d'aucun médicament». Il rappelle au patient que le médecin a choisi sa profession pour lui rendre service, qu'il est lié par le serment d'Hippocrate et qu'il ne laissera personne sans soins. De son côté, le patient doit s'engager à ne rien lui cacher, suivre ses conseils, user avec parcimonie de son temps, ne pas le déranger à tout bout de champ avec de prétendues «urgences».

... Le paramètre de réglage ne s'appelle plus besoins, mais coûts ...

Un demi-siècle plus tard, ces propos paraissent bien paternalistes, sinon naïfs quand ils parlent des caisses maladie, «une institution sociale admirable». Et pourtant! Ils décrivent simplement le contrat de confiance sur lequel la médecine a été bâtie depuis des millénaires. Si on demandait beaucoup au médecin au plan de ses connaissances, de sa personnalité et de sa disponibilité, parfois au-delà du possible, il jouissait d'une juste reconnaissance. On pouvait penser que certains honoraires étaient élevés, mais on admettait volontiers que la compétence et la disponibilité avaient un prix. Ne pensez pas que je donne dans la nostalgie! L'autorité que l'on reconnaissait au médecin n'était pas toujours méritée, mais le contrat bilatéral entre médecin et patient était au centre. Aujourd'hui, il faudrait plutôt parler d'un ménage à trois ou à quatre.

L'«institution sociale admirable» est devenue le principal auxiliaire du politique dans la quête d'une limitation des coûts. Elle a d'abord permis l'accès aux soins grâce à un financement solidaire. Le retour de balancier lui impose maintenant de contrer les progrès thérapeutiques et le vieillissement. Les soins sont facilement disponibles, largement remboursés, et ils sont efficaces. Qui accepte encore de s'en priver? Désolé de vous répéter inlassablement cette histoire. Mais pour contenir la croissance, il faut trouver comment restreindre la consommation sans montrer qu'on limite l'accès aux soins. Voilà pourquoi on nous demande de plus en plus souvent de justifier nos actes, sachant que ce harcèlement finit par nous influencer. C'est peut-être pour cela aussi que les assureurs veulent tout savoir du patient et de son dossier, histoire de trouver un argument pour remettre en question le traitement.

La stratégie est simple: éloigner le centre de décision du couple médecin-patient qui est trop influencé par les émotions et l'empathie. Une décision technique sur la base d'un tableau de bord, c'est facile. Mais expliquer, les yeux dans les yeux, qu'il y a un traitement, mais qu'il coûte trop cher par rapport à son bénéfice, c'est une autre histoire.

Même stratégie pour les tarifs. Le Surveillant des prix – qui est le serviteur de ceux qui l'ont nommé – a adopté le modèle tueur des assureurs-maladie: lorsque les coûts augmentent plus que ce qui est jugé acceptable, la valeur du point tarifaire baisse. Le paramètre de réglage ne s'appelle plus besoins, mais coûts. Menée au bout, cette stratégie pourrait donner raison aux assureurs-maladie qui ont fait recours contre la valeur de point tarifaire fixée par le Conseil d'Etat et aboutir à une baisse drastique.

Votre Conseil a récemment eu l'occasion d'échanger avec le président de l'Ordre des médecins de Haute-Savoie, le Dr René-Pierre Labarrière. Comme nous, l'Ordre est préoccupé par la «qualité inégale» de la formation des généralistes européens qui s'installent dans l'Hexagone et qui maîtrisent parfois mal le français. Les déserts médicaux ne sont hélas pas près de disparaître de France. Le *numerus clausus* a été assoupli et le nombre d'étudiants acceptés en médecine a doublé depuis les années nonante, mais le taux d'acceptation en deuxième année reste bas (16% en moyenne nationale) tant le nombre de candidats est élevé. Certains recalés tentent leur chance en Belgique, en Suisse, voire en Roumanie où des universités proposent des cours en langue française. Un autre sujet d'inquiétude pour nos proches voisins, c'est le désintérêt des médecins pour le secteur libéral et la détérioration des conditions de travail avec un indicateur inquiétant: le taux de décès par suicide des médecins libéraux français en activité qui atteint 14% contre 5,4% pour la population d'âge comparable (Y. Leopold, 2003).

Pénurie, surcharge de travail, perte de statut, contraintes administratives, procédures judiciaires, attentes croissantes des patients et moyens restreints, autant d'ingrédients qui mènent au *burnout* et à son issue parfois dramatique.[1] Il est donc temps de repenser le «mode d'emploi du médecin» et je crois, au risque de décevoir certains d'entre nous, que ce sont nos jeunes collègues qui voient juste: moins d'heures de travail, plus de temps consacré à la famille, un emploi salarié plutôt qu'une activité indépendante en cabinet, pouvoir transmettre les cas en suspens à un collègue à la fin de son temps de travail. En bref, vivre comme n'importe qui d'autre et donner une autre dimension à la qualité de sa vie. Ce n'est pas de la paresse, mais l'expression de l'instinct de survie. Evidemment, c'est moins commode pour les patients et peut-être moins efficace, mais le statut du médecin a trop changé, même si c'est contre notre volonté, pour qu'il soit possible de continuer comme autrefois. Nous ne sommes pas des surhommes.

Dr Pierre-Alain Schneider
Président de l'Association
des médecins du canton de Genève
Rue Micheli-du-Crest 12
1205 Genève
pa.schneider@bluewin.ch

Cet article a été publié dans la *Lettre de l'AMG*, numéro 8, octobre 2012.

Bibliographie

1 La FMH a mis sur pied le Réseau pour soutien de médecins Remed atteignable au tél. 0800 0 73633 ou 0800 0 ReMed